

мозга (лейкоареоз): частота, факторы риска, патогенез, клиническая значимость // Неврол. журн. 2000. № 3. С. 47–54.

⁷ См.: Мякотных В. С., Боровкова Т. А. Лакунарные инфаркты головного мозга // Госпитальный вестн. 2004. № 2. С.14–17.

⁸ См.: Bots M. L., Van Swieten J. C., Breteler M. M. B. Cerebral white matter lesions and atherosclerosis in the Rotterdam Study // Lancet. 1993. Nr 341. P. 1232–1237.

⁹ См.: Sacco R. L., Benjamin E. J., Broderick J. P. et al. Risk factors of stroke // Stroke. 1997. Vol. 28. P. 1507–1517.

Т. А. Боровкова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

В связи с прогрессирующим постарением населения в последние годы изменилось отношение к представителям пожилого и старческого возраста, в том числе и в системе здравоохранения. Медицинские работники сегодня ясно видят, что без знания внутреннего мира пожилых людей невозможно рационально выстроить стратегию и тактику нужной им медицинской помощи. В особенности это касается лиц, страдающих хронической ишемией мозга, у которых в силу заболевания меняется отношение к окружающей действительности. Несмотря на развитую в последние годы службу психотерапевтической помощи, ключевым звеном в процессе как лечебного воздействия, так и общения с пожилым больным и его родственниками остаются лечащий врач и медицинская сестра. Поэтому, делая попытку обобщения наших наблюдений за пожилыми и престарелыми людьми, проходящими лечение в специализированном гериатрическом стационаре, мы попытаемся наметить пути общения медицинского работника с пожилыми больными.

Сложны и многообразны личностные реакции подобных больных на длительное пребывание в стационаре и на свое соматическое заболевание. Для адекватной оценки влияния предболезненных особенностей личности на течение и исход болезни, а также для успешного воздействия на само заболевание при уже сформированных патологических чертах характера врачу необходимо знать не только закономерности течения и развития патологии, но и личностные реакции пациента на нее. Эти психологические, психопатологические особенности пожилых и престарелых лиц, попадающих в изолированные коллективы, которыми являются стационары лечебно-профилактических учреждений, особенно заметны в случаях так называемой возрастной аналогии, т. е. при отборе пациентов стационара по возрастным критериям.

Для правильного анализа ситуации необходимо помнить об изменениях структуры личности при старении. Эти изменения характеризуются падением активности, снижением эмоционального резонанса, нарастанием упрямства и негибкос-

ти¹. Происходит интравертивный поворот: от событий внешнего мира человек уходит в свой внутренний мир, происходит концентрация интересов вокруг собственного Я. Появляющиеся соматические расстройства, неприятные ощущения в теле отвлекают от внешнего мира, усиливают интравертированность. Все это зачастую делает старого человека более тревожным и ипохондричным. Тревоги, опасения, страхи отчасти объясняются реальными биологическими и социальными причинами. Однако нередко они преувеличены. Повышается чувствительность к различным стресс-факторам, даже незначительные физические и психические раздражители могут привести к возникновению или прогрессированию различных не только психических, но и соматических заболеваний².

Прежде всего врачу необходимо определить *адекватность* субъективной оценки больным своего соматического страдания, а также отграничить психологические личностные реакции от патологических. Первые должны рассматриваться как адекватные ситуационные реакции даже в тех случаях, когда прослеживаются пессимистические переживания с некоторой тревожностью, раздражительностью, суетливостью. Еще известный русский психиатр С. С. Корсаков считал более правильным относить тревожные мысли о характере заболевания, тяжести и перспективах его развития к разряду психологически понятных, преходящих реакций психически здоровых людей на возникновение тех или иных соматических недугов. У пожилого человека, да к тому же страдающего хронической ишемией мозга, адекватность субъективного отражения болезни обладает весьма широким диапазоном, в особенности при различной степени осознанности своей болезни и дальнейших перспектив лечения.

Известно, что возрастные психологические изменения у пожилых и престарелых лиц часто приобретают деформированный, патологический вид. Многие старики чаще реагируют тревогой, страхом, депрессией на возникающие заболевания, изменения и трудности жизни. Возможно появление переживаний, вызванных постепенным ослаблением физических и психических функций. Описывают различные формы реагирования пожилых людей в связи со старением при неблагоприятных жизненных обстоятельствах³:

1. Принятие установки на изоляцию, не всегда вытекающую из внутренней потребности и стремления к одиночеству.

2. Гиперкомпенсированное подчеркивание своих возможностей и чрезмерной активности, имеющее целью сохранение прежнего статуса в жизни.

3. Реакция отрицания старения, проявляющаяся в намерении «жизненной задолженности», в стремлении достичь того, чего не удалось добиться в предшествующие годы.

4. Реакция протеста против молодого поколения, критика молодежи, нетерпимость ко всему новому.

5. Установка извлечения выгоды из факта старости, например, бегство от ответственности, от принятия решений.

6. Депрессивная реакция на фоне мыслей о жизненном поражении, ошибках прошлого.

Интересным представляется тот факт, что описание вышеперечисленных форм реагирования пожилых лиц на окружающий мир во многом сопоставимо с описанием клинико-патопсихологических проявлений хронической ишемии мозга⁴.

У пожилых и престарелых пациентов нередко возникают ипохондрические, фобические и депрессивные настроения. Они начинают все больше внимания уделять своим ощущениям, проявляя чрезмерную заботу о собственном здоровье. Отношение больных старческого возраста к своим заболеваниям отличается не столько их недооценкой, сколько переоценкой. По данным многочисленных зарубежных исследователей, адекватное отношение к собственным соматическим заболеваниям отмечается примерно у 50 % пожилых, у 25 % наблюдается их недооценка, а у 25 % — переоценка соматического недуга⁵.

Согласно нашим наблюдениям, об абсолютно адекватном отношении пожилых и престарелых пациентов к своему заболеванию можно говорить лишь в 8–17 % случаев. Субъективная недооценка своего недуга отмечена в 8 % случаев. У значительного числа больных имеет место явная переоценка тяжести своего состояния и перспектив развития заболевания. Мы склонны предполагать, что такое отношение к болезни зависит не только от имеющихся психических расстройств, связанных с «привычной» для психоневрологических стационаров патологией головного мозга, но и от возрастных особенностей психического реагирования, а также от неблагоприятного социального фона.

Почти всегда в организме пожилого человека одновременно сосуществует несколько заболеваний, которые, взаимно дополняя и отягощая друг друга, придают соматическим и психическим страданиям более негативную окраску, а также, в зависимости от личностных качеств больного, усиливают и ярче выделяют некоторые, не всегда лучшие, черты его характера. Разумеется, также часто у пожилых и престарелых пациентов течение их соматического страдания отягощается проявлениями неуклонно прогрессирующей хронической ишемии мозга.

В условиях гериатрического стационара для пожилого человека наиболее психологически значимыми факторами, затрудняющими его адаптацию, а следовательно, и лечение, можно считать следующие.

Временный выход из семейного образа жизни, из привычной обстановки. В этом есть больше отрицательных, чем положительных, сторон. Конечно, и это особенно актуально для людей одиноких, уменьшаются привычные, иногда уже достаточно обременительные бытовые физические нагрузки (стирка, уборка, приготовление пищи, посещение магазинов, аптек, поликлиник и т. д.), особенно у одиноко проживающих стариков. Усиливается значение отношений с родственниками. Отношения могут быть теплыми, близкими, с проявлениями постоянной заботы (посещения, беседы, телефонные звонки, передачи), но могут иметь весьма негативную окраску.

Необходимость установления отношений с лечащим персоналом. Одни пациенты настроены на активное взаимодействие с врачом, пунктуально выполняют все его указания, стремятся быстрее выписаться, достаточно контактны и практически не нуждаются в длительных беседах и разъяснениях, в психотерапевтичес-

кой поддержке. Как правило, это лица с минимальными проявлениями хронической ишемии мозга. Другие вялы, ипохондричны, склонны преувеличивать симптомы заболевания, оттягивать срок выписки из стационара. Для них характерны утрата ощущения собственной значимости, чувство ненужности, невостребованности, переживание одиночества, стремление к самоизоляции. Они часто агрессивны, злобны, недовольны всеми окружающими. Некоторые исследователи отмечают у больных высокий уровень субъективного ощущения одиночества, а также личностной и ситуативной тревожности⁶.

Гериатрическая клиника — единственное из лечебных учреждений, где явственно ощущается влияние «себе подобных». Оно может быть позитивным. Так, пожилый человек чувствует себя «равным среди равных», в общении с такими же пожилыми людьми смягчается понятие специфической для старости возрастной ущербности. С другой стороны, может проявляться негативный принцип взаимной индукции, основанный на возрастных личностных изменениях и повышенной обидчивости, ранимости пожилых. Особенное значение это приобретает в отношении лечебных и диагностических манипуляций.

Имеет огромное значение *ограничение свободы*. Пожилой человек вынужден временно существовать в непривычных для него условиях общежития. Индивидуальные привычки, вкусы, потребности — все это отходит на второй план. Возникает деформация персонального пространства. Вынужденный отказ от выработанных в течение всей жизни стереотипов поведения, необходимость приспособления к окружающим порой делают пациента агрессивным, требовательным, или, наоборот, больной «уходит в себя». Унифицированная пища, одежда, постельное белье порой угнетают пожилых пациентов больше, чем сама болезнь. Поэтому очень часты обусловленные этим конфликты не только с другими больными, но и с лечащим врачом, персоналом.

Следует отметить, что длительно проживающие в условиях общежития (дома-интернаты, дома ветеранов), наоборот, чувствуют себя «в своей тарелке». Они гораздо быстрее приспособляются к изменившимся условиям существования, ими уже преодолен психологический барьер «жизни на виду». Такие больные часто стремятся лечиться как можно дольше, для них приобретает положительную окраску возможность «побыть как все», «сменить обстановку». Кроме того, контингент пациентов стационара не только различен, но и порой на порядок выше прежнего по материальному, бытовому и интеллектуальному уровню. Это дает возможность общения не только по вынужденной необходимости, но и в определенной степени по собственному выбору.

Необходимость медикаментозного лечения. Во многих случаях проведение различных лечебно-диагностических манипуляций переносится пожилыми больными на удивление спокойно. В этом играет роль и желание вернуть прежнюю или хотя бы не потерять определенную физическую форму, не стать обузой для себя и окружающих, вернуться к активному образу жизни. В более редких случаях пациенты, особенно скептически настроенные к лечащему врачу, негативно относятся к назначению диагностических тестов, процедур, считают «навязыва-

ние» им лечения ограничением их собственной свободы. При этом сама личность врача, медицинской сестры, лаборанта, санитаря может быть включена пациентами в понятие способа или метода воздействия (диагностики, лечения) в качестве одной из его составляющих.

Осознание близости окончания жизненного пути. Огромное психологическое значение для развития и дальнейшего течения соматической болезни, а также для развития и прогрессирования изменений личности больного имеет отношение больного к возможному летальному исходу заболевания. В гериатрической клинике, где большинству пациентов «уже далеко за...», смерть соседа по палате, пусть даже малознакомого, — всегда трагедия, тем большая, чем старше возраст самого пациента. Несмотря на расхожие мысли об отсутствии у стариков страха смерти и вопреки утверждениям об этом самих стариков, это далеко не так. В доме-интернате Железнодорожного района Екатеринбурга было проведено исследование, имеющее целью выяснить, насколько велик страх смерти в образовании сенильных неврозоподобных состояний⁷. Оно включало опрос 95 респондентов с отслеживанием вербальных и невербальных реакций. При ответах на вопросы: верите ли вы в загробную жизнь, страшит ли вас момент ухода из жизни, хотели бы вы отодвинуть этот момент на более поздний срок — невербальное отслеживание зафиксировало у респондентов волнение при обсуждении этих тем. Ни один из опрошенных не ответил отрицательно на второй и третий вопросы. Тем не менее предшествующее опросу и продолженное после него наблюдение показало высокую заинтересованность старых людей в приеме медицинских процедур и препаратов с целью продления жизни. Эти результаты, по нашему мнению, практически полностью опровергают утверждения об отсутствии страха смерти у пожилых.

Мощным психологически значимым фактором в формировании отношения пациента гериатрического стационара к своему соматическому страданию, а также к окружающей действительности является его социальный статус и профессия, уровень жизни и притязаний до выхода на пенсию. Люди, продолжающие активно трудиться либо имеющие достаточно высокий интеллектуальный потенциал, менее склонны к патологическим чертам реагирования на свою соматическую болезнь. Они в основном адекватно относятся к своим проблемам, активно взаимодействуют с врачом в ходе лечения и обследования, но вместе с тем порой более требовательны, капризны, многократно проверяют профессиональный и интеллектуальный уровень медицинского работника. Наоборот, лица низкого социального статуса, имеющие минимальное образование, более реагируют на манеру врача говорить, пошутить, а иногда и просто приказать.

Пожилые и престарелые люди сегодня в нашей стране, как никакой другой контингент, подвержены влиянию неблагоприятных социальных перемен. Моральная и материальная зависимость зачастую приводят людей на больничную койку не столько для того, чтобы попытаться вернуть утраченное здоровье, но и для того, чтобы получить определенные льготы, группу инвалидности, сэкономить пенсию, получить бесплатный стол и уход. Не только люди социально не адаптированные, но и просто одинокие пенсионеры пользуются этим достаточно часто.

Лица с ипохондрическими, а порой и с истерическими чертами характера в этих ситуациях придумывают себе все новые и новые болезни, предъявляют массу разнообразных жалоб, всячески оттягивают срок выписки, а иногда даже специально не принимают назначенное лечение для того, чтобы усугубить клинику имеющегося соматического страдания. Они часто агрессивны, склочны, недовольны лечением, уходом, плаксивы, склонны к аффективным вспышкам. В этих условиях становится особенно важным индивидуальный подход к больному, учитывающий не только особенности его заболевания, но и социально-психологические аспекты его личности, проблемы жизненной ситуации.

Вообще, забота о здоровье у пожилых пациентов тем более выражена, чем более сохранен их интеллектуальный потенциал и возможность творческого труда. Необходимым компонентом общения в данной ситуации становятся длительные собеседования, позиция сострадания и поддержки, принятие личностных, характерологических особенностей собеседника без активного вмешательства и с очень тактичной коррекцией его, порой не вполне адекватного, поведения. Также важно не выделять отдельного больного из общей массы. Несоблюдение этих рекомендаций способствует нарастанию негативизма по отношению к лечащему врачу, снижению эффекта лечения и нарастанию напряженности в отношениях между больными в пределах одной палаты как изолированного коллектива.

Таким образом, изучение психологических особенностей пациентов гериатрической клиники и учет данных особенностей в процессе диагностики и лечения их многочисленных заболеваний имеет не меньшее значение, чем изучение анамнеза и клинических вариантов имеющейся патологии. Невозможно, не учитывая личностные изменения при хронической ишемии мозга, усугубляющиеся проявлениями соматической патологии, лечить пожилого пациента исключительно медикаментозно. Только сочетанное воздействие на соматическое и психологическое определяет успех лечения больных пожилого и старческого возраста.

¹ См.: *Сергеев И. И.* Психогенное патологическое развитие личности в позднем возрасте // Журн. невропатологии и психиатрии. 1986. № 11. С. 1655–1659.

² См.: *Мякотных В. С., Боровкова Т. А., Баталов А. А.* Психологические особенности пациентов гериатрического стационара // Успехи геронтологии. 1999. № 3. С. 150–154.

³ См.: *Таишлыков В. А.* Психология лечебного процесса. Л., 1984.

⁴ См.: *Шмидт Е. В.* Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга // Журн. невропатологии и психиатрии. 1985. № 9. С. 1281–1288.

⁵ См.: *Oxford Textbook of Geriatric Medicine / Ed. J. G. Evans, T. F. Williams.* Oxford; New-York; Tokyo, 1992.

⁶ См.: *Епифанова Т. В., Курбатова Е. Г.* Особенности внутрибольничной адаптации лиц старческого возраста в стационаре // Материалы Всерос. совещ. по вопросам медицинской и социальной помощи участникам войн, вооруженных конфликтов, лицам пожилого и старческого возраста. Екатеринбург, 2003. С. 81–83.

⁷ См.: *Воронина О. А.* Психология и психотерапия последних дней жизни // Геронтология и гериатрия, послевоенная медицина: Материалы межобл. науч.-практ. конф. Екатеринбург, 1998. С. 20–21.